

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ QUÁ PHÁT CUỐN MŨI DƯỚI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CUỐN MŨI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Đoàn Xuân Thành^{1*}, Thân Văn Thương¹
Hoàng Đức Đức¹, Đinh Văn Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị quá phát cuốn mũi dưới bằng phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Quân y 110.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 80 bệnh nhân quá phát cuốn mũi dưới, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 3/2022-12/2024.

Kết quả: Đa số bệnh nhân là nam giới (75%), ở độ tuổi từ 18-60 tuổi (91,3%), có thời gian ngạt mũi trên 2 năm (70,0%). Thường gặp bệnh nhân có triệu chứng tắc/ngạt mũi (100%), chảy mũi (80,0%), với tình trạng quá phát cuốn mũi dưới độ II (70,0%). Thời gian phẫu thuật thường từ 30-45 phút (67,5%). Kết quả phẫu thuật chủ yếu là tốt (93,8%); không gặp tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Kết luận: Điều trị quá phát cuốn mũi dưới bằng phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới, làm giảm thể tích cả phần niêm mạc và phần xương mà vẫn giữ được chức năng sinh lý của mũi.

Từ khóa: Quá phát cuốn mũi dưới, cắt bán phần cuốn mũi dưới.

ABSTRACT

Objectives: To remark the clinical and paraclinical characteristics and treatment outcomes of inferior turbinate hypertrophy by endoscopic partial inferior turbinectomy at Military Hospital 110.

Subjects and methods: A prospective cross-sectional descriptive study on 80 patients with inferior turbinate hypertrophy who were indicated for and underwent endoscopic partial inferior turbinectomy at Military Hospital 110, from March 2022 to December 2024.

Results: The majority of patients were male (75%), aged 18-60 years (91.3%), with nasal obstruction lasting more than 2 years (70.0%). The most common symptoms included nasal obstruction (100%) and rhinorrhea (80.0%), with inferior turbinate hypertrophy grade II observed in 70.0% of cases. Surgical duration was typically 30-45 minutes (67.5%). Surgical outcomes were predominantly good (93.8%), with no intraoperative or postoperative complications.

Conclusions: Treatment of inferior turbinate hypertrophy by Endoscopic partial inferior turbinectomy reduced both mucosal and bony volume while preserving nasal physiological function.

Keywords: Inferior turbinate hypertrophy, partial inferior turbinectomy.

Chịu trách nhiệm nội dung: Đoàn Xuân Thành, Email: bsthanh88@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/5/2025; mời phản biện khoa học: 7/2025; chấp nhận đăng: 23/9/2025.

¹Bệnh viện Quân y 110.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá phát cuốn mũi dưới (CMD) là nguyên nhân bệnh lý phổ biến nhất gây ra tình trạng ngạt mũi - một triệu chứng gây cảm giác khó chịu, ảnh hưởng đến đời sống, sinh hoạt và công việc, làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (BN). Quá

phát CMD là bệnh lý viêm mạn tính, gây ra phù nề, thoái hóa tổ chức liên kết niêm mạc CMD. Điều trị quá phát CMD thường được ưu tiên hàng đầu là các liệu pháp nội khoa. Khi các liệu pháp điều trị nội khoa thất bại, chỉ định ngoại khoa sẽ được cân nhắc thực hiện, nhằm làm giảm thể tích CMD, mang lại sự thông thoáng cho mũi [1].

Có nhiều phương pháp phẫu thuật làm giảm thể tích CMD, như các phẫu thuật lạnh (bể ép CMD, cắt bán phần hoặc toàn phần CMD, cắt bỏ xương CMD dưới niêm mạc) hay phẫu thuật bằng nhiệt nóng (đốt điện nhiệt, điện cao tần đơn cực, lưỡng cực, LASER, sóng Radio, Coblator) [2]. Từ năm 2011, Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 110 đã sử dụng phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bán phần CMD trong điều trị quá phát CMD, mang lại kết quả tốt, thời gian phẫu thuật ngắn, cải thiện ngạt mũi hiệu quả, mang lại chất lượng sống tốt hơn cho BN.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lí quá phát CMD và đánh giá kết quả PTNS cắt bán phần CMD, tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

80 BN chẩn đoán xác định quá phát CMD, có chỉ định và điều trị PTNS cắt bán phần CMD tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 3/2022 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc kèm theo chấn thương mũi xoang hoặc các bệnh lí mũi xoang khác gây ngạt mũi; BN không hợp tác điều trị và nghiên cứu; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
+ Đặc điểm chung BN: tuổi, giới tính.
+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: thời gian từ khi xuất hiện ngạt mũi đến khi vào viện, triệu chứng lâm sàng, phân độ quá phát CMD.

+ Kết quả điều trị: thời gian PTNS; tai biến, biến chứng trong và sau PTNS; mức độ cải thiện triệu chứng ngạt mũi; kết quả điều trị chung.

- Các bước tiến hành PTNS:

+ Tiêm tê tại chỗ bằng lidocain 2% có pha adrenalin tỉ lệ 1/100000 từ sau ra trước.

+ Dùng kim Kocher thẳng kẹp dọc theo CMD tạo nên rãnh trên cuốn.

+ Dùng kéo cắt dọc theo đường kẹp.

+ Đông điện mặt cắt bằng ống hút đông điện.

+ Kiểm tra, hút sạch dịch máu, nhét merocel cầm máu.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Chỉ định PTNS cắt bán phần CMD với BN có CMD quá phát to, cơ hội kém với các thuốc co mạch, ảnh hưởng đến thở đường mũi; đồng thời, toàn trạng không có các chống chỉ định phẫu thuật.

+ Phân độ quá phát CMD theo Friedman [3]: độ I (CMD < 1/2 hốc mũi, không gây tắc nghẽn mũi rõ ràng), độ II (CMD quá phát > 1/2 hốc mũi, gây tắc nghẽn mũi rõ ràng), độ III (CMD quá phát gây tắc nghẽn hoàn toàn hốc mũi).

+ Đánh giá mức độ ngạt mũi trước và sau PTNS theo thang điểm NOSE [4] (bảng dưới): BN tự đánh giá 5 triệu chứng, mỗi triệu chứng lựa chọn 1 mức độ phù hợp (tương ứng là số điểm đánh giá, từ 0-4 điểm - theo thang đo Likert). Tính tổng điểm = A + B + C + D + E; từ đó, tính điểm NOSE theo công thức:

$$\text{Điểm NOSE} = \text{Tổng điểm} / 20 \times 100$$

+ Đánh giá kết quả điều trị chung sau PTNS 3 tháng [5]: tốt (hết triệu chứng cơ năng, hốc mũi sạch, mũi thở thông); khá (các triệu chứng cơ năng giảm, hốc mũi có dịch xuất tiết, niêm mạc mũi phù nề nhẹ, mũi thông thoáng); trung bình (các triệu chứng cơ năng giảm, hốc mũi có dịch nhầy, niêm mạc phù nề, xung huyết); kém (các triệu chứng cơ năng không giảm, hốc mũi bị dính, có dịch mủ).

Triệu chứng	Không có (A)	Có nhưng nhẹ (B)	Mức độ trung bình (C)	Mức độ nặng (D)	Mức độ rất nặng (E)
Ngạt mũi không thở được	0	1	2	3	4
Ngạt mũi hoặc tắc mũi	0	1	2	3	4
Khó thở qua mũi	0	1	2	3	4
Khó ngủ do ngạt mũi	0	1	2	3	4
Không đủ không khí để thở khi tập thể dục hay gắng sức	0	1	2	3	4
Tổng điểm: A + B + C + D + E (20 điểm)					

- Xử lí số liệu: sử dụng thuật toán thống kê y học bằng chương trình SPSS 20.0.

- Đạo đức: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học Bệnh viện Quân y 110. BN được giải thích rõ về mục đích, quy trình, nội dung của nghiên cứu. BN tình nguyện tham gia nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố BN theo tuổi và giới tính

Tuổi	Giới tính (SL, %)		Tổng (SL, %)
	Nam giới	Nữ giới	
18-40 tuổi	36 (45,0)	12 (15,0)	48 (60,0)
41-60 tuổi	19 (23,7)	6 (7,5)	25 (31,3)
> 60 tuổi	5 (6,3)	2 (2,5)	7 (8,7)
Tổng	60 (75,0)	20 (25,0)	80 (100)

BN phân bố từ 18-70 tuổi, trung bình 38,91 ± 12,76 tuổi. Đa số BN là nam giới (75,0%), ở độ tuổi từ 18-60 tuổi (91,3%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm		Số BN (n = 80) (SL, %)
Thời gian xuất hiện ngạt mũi	< 1 năm	10 (12,5)
	1-2 năm	14 (17,5)
	> 2-4 năm	24 (30,0)
	> 4 năm	32 (40,0)
Triệu chứng cơ năng	Tắc, ngạt mũi	80 (100)
	Chảy mũi	64 (80,0)
	Đau đầu	39 (48,8)
	Giảm, mất ngủ	15 (18,8)
	Ngứa mũi	52 (65,0)
Phân độ quá phát CMD	Độ I	0
	Độ II	56 (70,0)
	Độ III	24 (30,0)

Đa số BN có triệu chứng ngạt mũi trên 2 năm (70,0%). Triệu chứng cơ năng hay gặp là tắc ngạt mũi (100%), chảy mũi (80,0%) và ngứa mũi (65,0%). Có 70,0% BN quá phát CMD độ II.

3.3. Kết quả điều trị

- Thời gian PTNS:

+ Dưới 30 phút: 21 BN (26,3%).

+ Từ 30-45 phút: 54 BN (67,5%).

+ Trên 45 phút: 5 BN (6,2%).

Thời gian PTNS từ 15-60 phút, trong đó đa số cuộc mổ kéo dài từ 30-45 phút (67,5%).

- Tai biến, biến chứng trong và sau PTNS: chúng tôi không gặp trường hợp nào xảy ra tai biến, biến chứng do kỹ thuật trong và sau PTNS.

- Mức độ cải thiện triệu chứng ngạt mũi (bảng 3): điểm NOSE trung bình trước PTNS là 81,5 điểm; sau PTNS 1 tháng là 28,6 điểm và sau PTNS 3 tháng chỉ còn 9,3 điểm.

Bảng 3. Sự cải thiện triệu chứng ngạt mũi qua thang điểm NOSE

Triệu chứng ngạt mũi	Trước PTNS	Sau PTNS	
		1 tháng	3 tháng
Ngạt mũi không thở được	3,11	1,22	0,62
Ngạt mũi hoặc tắc mũi	3,54	1,35	0,32
Khó thở qua mũi	3,16	1,32	0,13
Khó ngủ do ngạt mũi	3,35	1,01	0,31
Không đủ không khí qua mũi khi thể dục/gắng sức	3,14	0,82	0,48
Tổng điểm	16,30	5,72	1,86
Điểm NOSE	81,50	28,60	9,30

- Kết quả điều trị chung:

+ Tốt: 75 BN (93,8%).

+ Khá: 4 BN (5,0%).

+ Trung bình: 1 BN (1,3%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của BN

Đa số BN của chúng tôi là nam giới (75,0%); tương tự nghiên cứu của Trần Anh Tuấn (66,3% BN là nam giới) [6]. Nguyên nhân có thể do nam giới thường hút thuốc lá, làm các công việc liên quan đến khói bụi, ô nhiễm nhiều hơn nữ giới.

BN phân bố từ 18-70 tuổi, trung bình 38,91 ± 12,76 tuổi, đa số ở độ tuổi từ 18-60 tuổi (91,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Anh Tuấn (94,7% BN từ 18-60 tuổi). Chúng tôi thấy lứa tuổi hay gặp quá phát CMD là người trẻ, trong độ tuổi lao động, thường tiếp xúc nhiều với môi trường khói bụi, nhiều yếu tố dị nguyên, nên dễ gây viêm mũi dị ứng và viêm mũi quá phát.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đa số BN có thời gian xuất hiện triệu chứng ngạt mũi trên 2 năm (70,0%), tương tự nghiên cứu của Phạm Thành Công (64,4% BN xuất hiện ngạt mũi trên 3 năm) [7]. Điều này là do BN chưa có thói quen khám, điều trị bệnh sớm mà thường tự ý mua thuốc để giải quyết tạm thời tình trạng ngạt mũi, đến khi bệnh ở giai đoạn muộn, không còn đáp ứng với thuốc cơ mạch mới đến các cơ sở y tế để khám và điều trị.

Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất trong nghiên cứu là tắc, ngạt mũi (100%), sau đó đến chảy mũi (80,0%), ngứa mũi (65,0%). Tắc, ngạt mũi gây khó chịu liên tục, hàng ngày, khiến BN phải đi khám, điều trị. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Quản Thành Nam (100% tắc, ngạt mũi; 61,5% chảy mũi; 12,8% ngứa mũi) [8].

Đa số BN quá phát CMD độ II (70,0%), tương tự nghiên cứu của Quản Thành Nam (BN chủ yếu quá phát CMD độ II và độ III) [8]. Điều này là do

PTNS cắt bán phần CMD thường được chỉ định cho BN quá phát CMD độ II (theo Friedman), nên trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào quá phát CMD độ I. Quá phát CMD độ II dẫn đến tình trạng ngạt mũi, gây ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt, buộc BN phải đi khám và điều trị.

4.3. Kết quả điều trị

Thời gian PTNS (tính từ lúc đặt co mạch đến khi kết thúc phẫu thuật, nhét merocel 2 bên mũi) trong nghiên cứu này phân bố từ 15-60 phút, đa số từ 30-45 phút (67,5%). Thời gian phẫu thuật ngắn với các ca có CMD quá phát độ II, ít chảy máu trong phẫu thuật; thời gian trên 45 phút là các ca có CMD quá phát lớn nên chảy máu nhiều khi cắt, ảnh hưởng đến phẫu trường và tốn thời gian cầm máu. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phạm Thành Công (từ 30-45 phút: 71,3%; dưới 30 phút: 20,7%; trên 45 phút: 8,0%) [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm NOSE trung bình trước phẫu thuật là 81,5 điểm, sau phẫu thuật 1 tháng còn 28,6 điểm và sau phẫu thuật 3 tháng chỉ còn 9,3 điểm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Quân Thành Nam (trước phẫu thuật là 85,6 điểm, sau phẫu thuật 1 tháng còn 29,7 điểm và sau phẫu thuật 3 tháng là 13,8 điểm) [8]. Như vậy, điểm trung bình của các triệu chứng cũng như điểm NOSE tại các thời điểm trước và sau phẫu thuật có sự cải thiện đáng kể.

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 75 BN (93,8%) đạt kết quả tốt, 4 BN (5,0%) đạt kết quả khá, 1 BN (1,3%) kết quả trung bình; tương tự nghiên cứu của Phạm Thành Công (94,3% BN đạt tốt; 4,6% đạt khá; 1,1% đạt trung bình) [7]. Để có được kết quả này, trong quá trình PTNS cần đồng thời lấy cả phần xương và phần niêm mạc CMD bị quá phát mà không làm thay đổi hình dạng hốc mũi, không mất các khe cuốn, không làm thay đổi luồng khí thở. Chính hình CMD làm rộng hốc mũi để thở nhưng vẫn bảo tồn được niêm mạc và giữ được chức năng hô hấp của mũi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp bất kì tai biến, biến chứng nào. Chỉ có 3 trường hợp chảy máu số lượng ít sau rút merocel, xử trí tại khoa ổn định hoàn toàn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thành Công (không ghi nhận các tai biến) [7]. Điều này cho thấy tính an toàn, hiệu quả của phương pháp PTNS cắt bán phần CMD trong điều trị quá phát CMD.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân quá phát cuốn mũi dưới, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 3/2022 đến 12/2024, thấy:

- Quá phát cuốn mũi dưới hay gặp ở nam giới (75,0%), độ tuổi từ 18-60 tuổi (91,3%), thời gian mắc

bệnh trên 2 năm (70,0%). Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là tắc/ngạt mũi, chảy mũi, ngứa mũi. Phần lớn bệnh nhân quá phát cuốn mũi dưới độ II (70%).

- Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới đa số trong thời gian từ 30-45 phút (67,5%). Triệu chứng tắc/ngạt mũi được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng. Kết quả phẫu thuật chủ yếu là tốt (93,8%), không có tai biến trong và sau phẫu thuật.

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cuốn mũi dưới điều trị quá phát cuốn mũi dưới vừa làm giảm thể tích cuốn mũi dưới (cả phần niêm mạc và phần xương), vừa giữ được chức năng sinh lí của mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Thị Diễm Trang (2021), “Đánh giá hiệu quả phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới trong điều trị ngạt mũi do quá phát cuốn mũi dưới từ tháng 8/2019-5/2020, tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tài liệu Hội nghị khoa học thường niên Tai mũi họng*, năm 2021, tr. 345.
2. Lý Ngọc Diệp (2014), Điều trị nghẹt mũi do quá phát cuốn mũi dưới bằng phẫu thuật lấy xương cuốn mũi dưới niêm mạc qua nội soi, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
3. Friedman M (1999), “A safe, alternative technique for inferior turbinate reduction”, *The Laryngoscope*, 109, pp. 1834-1837.
4. Michael G Stewart (2004), “Development and validation of the nasal obstruction and septoplasty effectiveness scale”, *Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 130, pp. 157-163.
5. Nguyễn Thái Hùng (2009), *Mô tả đặc điểm lâm sàng dị hình vách ngăn - cuốn mũi dưới và đánh giá hiệu quả thông khí của phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn - cuốn mũi dưới*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
6. Trần Anh Tuấn (2024), “Đánh giá kết quả điều trị nghẹt mũi do quá phát cuốn mũi dưới điện cực coblator cắt cuốn EIC6895-01”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 542, tr. 31-35.
7. Phạm Thành Công (2018), “Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi quá phát bằng phẫu thuật cắt đốt cuốn mũi dưới qua nội soi, tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ”, *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*, số 16, 2018, tr. 36-72.
8. Quân Thành Nam (2024), “Kết quả phẫu thuật chỉnh hình cuốn mũi dưới điều trị triệu chứng ngạt mũi ở bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có quá phát cuốn mũi dưới”, *Tạp chí Y học cộng đồng*, số 65, chuyên đề 2, tr. 87-94. □